

# 診断書(医療保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

カルテ番号

1. 氏名	生年月日 年 月 日生	男 女	1.健保 2.国保	3.労災 4.自費	5.その他	
2. 傷病名	傷病(受傷)発生年月日 年 月 日					
ア 入院・手術の原因となった傷病名	(ICD-10コード: ) 診断日 年 月 日	ア.の傷病につき医師が入院治療が必要だと判断した日 年 月 日				
イ アの原因	年 月 日					
ウ 合併症	年 月 日					
3. 新生物の場合	病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: [ ]	① <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ② <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> その他 ( )				
該当する項目に印をお付けください。	確定診断日: 年 月 日 病理組織診断名:	病期 ( ) TNM分類: T N M	③大腸がんの場合: 深達度は? <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> sm以深 ④皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑤子宮頸部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III			
4. 前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医師名 初診日 年 月 日	医療機関名 所在地				
5. 既往症・持病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)	医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃				
6. 発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったか記入してください。)/初診時の所見および入院中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)						
7. 治療期間	初診日	年 月 日	終診日	年 月 日	転帰	治癒・要通院・要入院・中止・転医
	要入院日数(見込)	継続 日 ※実際入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。				
	入院期間	第1回目 入院	年 月 日 ~	年 月 日	退院	入院中
		第2回目 入院	年 月 日 ~	年 月 日	退院	入院中
	付添	上記入院中、付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	通院期間	※通院日(○印をお付けください)	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日		
固定具使用の場合	使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日	使用固定具 ギプス、ギプスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他( )				
医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
8. 今回の傷病に関して実施した手術	手術種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術 (4)胸腔鏡下・縦隔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経腔的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他( )				
カテーテル手術・ドレナージ等もご記入ください。	手術名(診療報酬点数区分)	手術部位	目的	手術日	手術種類(上記番号を記入)	該当する場合に○印をお付けください。
	① (K・J- )	右左両側	治療・生検	年 月 日	筋骨手術の場合	手掌部・手背部、または足底部・足背部に及ぶ <input type="checkbox"/> 筋・腱・靭帯の処置を伴う <input type="checkbox"/> 植皮面積 <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 以上 <input type="checkbox"/> 創った <input type="checkbox"/>
	② (K・J- )	右左両側	治療・生検	年 月 日	筋骨手術の場合	手掌部・手背部、または足底部・足背部に及ぶ <input type="checkbox"/> 筋・腱・靭帯の処置を伴う <input type="checkbox"/> 植皮面積 <input type="checkbox"/> 25cm <sup>2</sup> 以上 <input type="checkbox"/> 創った <input type="checkbox"/>
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日	① 年 月 日 ② 年 月 日					
10. 放射線治療	部位	診療報酬点数区分	M-	総線量	グレイラド	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
11. 先進医療	技術名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込)

円



所在地  
病院名  
電話番号  
医師氏名



代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日